



Irmãdade da Santa Casa de Misericórdia de Pirassununga

Macro Processo/Seção: Técnica	Sub- processo/ Sub – seção ou Unidade Funcional: Consultoria Gestão	Sub - Seção/área ou Unidade Operacional: Setor de Acreditação
Tipo: FR		
Título: PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO		
Data criação: 20/08/2015	Versão:2	Código: FR TG Acreditação
Fase: aprovado	Data Revisão	

1. **OBJETIVO:** Promover a prevenção da ocorrência de lesão por pressão (LPP) e outras lesões da pele em pacientes hospitalizados, através de medidas e ações preventivas diante do risco que o paciente possui, evitando, portanto, a sua ocorrência, a qual causa impacto tanto para os pacientes e seus familiares quanto para o próprio sistema de saúde, com o prolongamento de internações, riscos de infecção e outros agravos evitáveis.

2. **CAMPO DE APLICAÇÃO:**

Setores de clínica médica, cirúrgica, particular/ convênio, UTI, pronto socorro e pronto atendimento.

3. **REFERÊNCIA:**

- Protocolo para prevenção de úlcera por pressão – Ministério da Saúde / ANVISA / Fiocruz 09/07/2013.

4. **TERMINOLOGIA, DEFINIÇÃO E SÍMBOLO:**

N.A.-não aplicável.

5. **PROFISSIONAL:** Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

6. **DEFINIÇÃO:**

6.1- Lesão por pressão (LPP):

Lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante da pressão ou da combinação entre pressão e cisalhamento, causado pela fricção. Outros fatores estão associados à LPP, mas seu papel ainda não foi completamente esclarecido.

6.2- Cisalhamento:

Deformação que sofre um corpo quando sujeito à ação de forças cortantes.

6.3- Estadiamento de LPP:

Classificação da LPP, que auxilia na descrição clínica da profundidade observável de destruição tecidual.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Nome: Marina Nogueira Ottoboni D. Silva	Nome: Lais Zanchettin Marafon	Nome: Nelsimare Ferrari
Função: Coordenadora de enfermagem	Função: Coordenadora de Unidades	Função: Gerente Operacional
Assinatura:	Assinatura:	Assinatura:
Data: 18/08/2015	Data: 18/08/2015	Data:



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Pirassununga

Macro Processo/Seção: Técnica	Sub- processo/ Sub – seção ou Unidade Funcional: Consultoria Gestão	Sub - Seção/área ou Unidade Operacional: Setor de Acreditação
Tipo: FR		
Título: PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO		
Data criação: 20/08/2015	Versão:2	Código: FR TG Acreditação
Fase: aprovado	Data Revisão	

6.3.1 Estágio I: eritema não branqueável.

Pele intacta, com rubor não branqueável, numa área localizada, normalmente sobre uma proeminência óssea. O estágio I pode ser difícil de identificar em indivíduos com tons de pele escuros, visto que nestes o branqueamento pode não ser visível, a sua cor, porém, pode ser diferente da pele ao redor. A área pode estar dolorida, endurecida, mole, mais quente ou mais fria comparativamente ao tecido adjacente. Este estágio pode ser indicativo de pessoas “em risco”.

6.3.2 Estágio II: perda parcial da espessura da pele.

Perda parcial da espessura da derme, que se apresenta como uma ferida superficial (rasa) com leito vermelho – rosa sem esfacelo. Pode também se apresentar como flictena fechada ou aberta, preenchida por líquido seroso ou sero-hemático. Apresenta-se ainda, como uma úlcera brilhante ou seca, sem crosta ou equimose (um indicador de lesão profunda).

As características deste estágio não devem ser confundidas com fissuras de pele, queimaduras por abrasão, dermatite associada à incontinência, maceração ou escoriações.

6.3.3 Estágio III: Perda total da espessura da pele.

Perda total da espessura tecidual. Neste caso, o tecido adiposo subcutâneo pode ser visível, mas não estão expostos os ossos, tendões ou músculos e pode estar presente algum tecido desvitalizado (fibrina úmida), mas este não oculta à profundidade da perda tecidual.

Pode incluir lesão cavitária e encapsulamento. A profundidade de uma lesão de estágio III varia de acordo com a localização anatômica.

A asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos não têm tecido subcutâneo (adiposo) e uma lesão de estágio III pode ser superficial. Em contrapartida, em zonas com tecido adiposo abundante podem desenvolver-se lesão por pressão de estágio III extremamente profundas. O osso e o tendão não são visíveis ou diretamente palpáveis.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Nome: Marina Nogueira Ottoboni D. Silva	Nome: Laís Zanchettin Marafon	Nome: Neisimare Ferrari
Função: Coordenadora de enfermagem	Função: Coordenadora de Unidades	Função: Gerente Operacional
Assinatura:	Assinatura:	Assinatura:
Data:	Data: 18/08/2017	Data:



Irmãdade da Santa Casa de Misericórdia de Pirassununga

Macro Processo/Seção: Técnica	Sub- processo/ Sub - seção ou Unidade Funcional: Consultoria Gestão	Sub - Seção/área ou Unidade Operacional: Setor de Acreditação
Tipo: FR		
Título: PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO		
Data criação: 20/08/2015	Versão:2	Código: FR TG Acreditação
Fase: aprovado	Data Revisão	

6.3.4 Estágio IV: Perda total da espessura dos tecidos.

Perda total da espessura dos tecidos com exposição dos ossos, tendões ou músculos. Neste caso, o tecido desvitalizado (fibrina úmida) e/ou tecido necrótico podem estar presentes. A profundidade de uma lesão por pressão de estágio IV varia com a localização anatômica. Frequentemente são cavidades e fistulizadas. A asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos não têm tecido subcutâneo (adiposo) e estas lesões podem ser superficiais.

Uma lesão de estágio IV pode atingir o músculo e/ou estruturas de suporte (i.e.fáscia, tendão ou cápsula articular), tornando a osteomielite e a osteíte prováveis de acontecer. Existe osso ou músculo visível ou diretamente palpável.

6.3.5 Outros estágios:

6.3.5.1- Inclassificáveis/ Não graduáveis: Perda total da espessura da pele ou de tecidos- profundidade indeterminada. Perda total da espessura dos tecidos, na qual a profundidade atual da lesão está bloqueada pela presença de tecido necrótico (amarelo, acastanhado, cinzento, verde ou castanho) e/ou escara (tecido necrótico amarelo escuro, castanho ou preto) no leito da ferida até que seja removido tecido necrótico suficiente para expor a base da ferida, a verdadeira profundidade não pode ser determinada; é no entanto uma lesão de estágio III ou IV. Obs. Uma escara estável (seca, aderente, intacta e sem eritema ou flutuação) nos calcâneos, serve como penso biológico natural e não deve ser removida.

6.3.5.2- lesão nos tecidos profundos:

Área vermelha escura ou púrpura localizada em pele intacta e descorada ou flictena preenchida com sangue, provocadas por danos no tecido mole subjacente pela pressão e/ou forças de torção. A área pode estar rodeada por tecido mais doloroso, firme, mole, úmido, quente ou frio comparativamente ao tecido adjacente. A lesão dos tecidos profundos pode ser difícil de identificar em indivíduos com tons de pele escuros. A evolução pode incluir uma flictena de espessura fina sobre o leito de uma ferida escura.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Nome: Marina Nogueira Ottoboni D. Silva	Nome: Laís Zanchettin Marafon	Nome: Nelsimare Ferrari
Função: Coordenadora de Enfermagem	Função: Coordenadora de Enfermagem	Função: Gerente Operacional
Assinatura:	Assinatura:	Assinatura:
Data:	Data: 18/08/2017	Data:

Macro Processo/Seção: Técnica	Sub- processo/ Sub – seção ou Unidade Funcional: Consultoria Gestão	Sub - Seção/área ou Unidade Operacional: Setor de Acreditação
Tipo: FR		
Título: PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO		
Data criação: 20/08/2015	Versão:2	Código: FR TG Acreditação
Fase: aprovado	Data Revisão	

A ferida pode evoluir adicionalmente ficando coberta por uma fina camada de tecido necrótico (escara). A sua evolução pode ser rápida expondo outras camadas de tecido adicionais mesmo com o tratamento adequado.

6.3.5.3- Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico

Essa terminologia descreve a etiologia da lesão. A Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico resulta do uso de dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos e terapêuticos. A lesão por pressão resultante geralmente apresenta o padrão ou forma do dispositivo. Essa lesão deve ser categorizada usando o sistema de classificação de lesões por pressão.

6.3.5.4 - Lesão por Pressão em Membranas Mucosas

A lesão por pressão em membranas mucosas é encontrada quando há histórico de uso de dispositivos médicos no local do dano. Devido à anatomia do tecido, essas lesões não podem ser categorizadas.

7. INTERVENÇÕES

O enfermeiro deve fazer a utilização da Identificação de Risco dos pacientes que possuem o risco de desenvolver úlcera por pressão e mesma deve ser coloca sob a cabeceira do leito do paciente.

Também deverá ser feita a disponibilização da pulseira com a tira na cor azul para sua utilização em todo o decorrer da internação hospitalar.

Implementar um plano de cuidados específicos para prevenção das alterações cutâneas. Em caso do aparecimento de úlcera por pressão o enfermeiro deverá avaliar a lesão e procurar medidas curativas para o restabelecimento da integridade da pele. Também deverá ser feito uma notificação de ocorrência interna, a tabulação dos dados encontrados e, em caso mais graves, o caso deverá ser discutido no Núcleo de Segurança do Paciente.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Nome: Marina Nogueira Ottoboni L. Silva	Nome: Laís Zanchettin Marafon	Nome: Nelsimare Ferrari
Função: Coordenadora de Enfermagem	Função: Coordenadora de Unidades	Função: Gerente Operacional
Assinatura:	Assinatura:	Assinatura:
Data:	Data: 18/08/2015	Data:



Irmãndade da Santa Casa de Misericórdia de Pirassununga

Macro Processo/Seção: Técnica	Sub- processo/ Sub – seção ou Unidade Funcional: Consultoria Gestão	Sub - Seção/área ou Unidade Operacional: Setor de Acreditação
Tipo: FR		
Título: PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO		
Data criação: 20/08/2015	Versão:2	Código: FR TG Acreditação
Fase: aprovado	Data Revisão	

A maioria dos casos de LPP pode ser evitada por meio da identificação dos pacientes em risco e da implantação de estratégias de prevenção confiáveis para todos os pacientes identificados como de risco.

As seis etapas essenciais de uma estratégia de prevenção de LPP são:

7.1- ETAPA 1:

7.1.1- Avaliação de úlcera por pressão na admissão de todos os pacientes:

7.1.1.1- A avaliação de admissão dos pacientes apresenta dois componentes:

7.1.1.2- A avaliação do risco de desenvolvimento de LPP e;

7.1.1.3 - A avaliação da pele para detectar a existência de LPP ou lesões de pele já instaladas.

A pronta identificação de pacientes em risco para o desenvolvimento de LPP, por meio da utilização de ferramenta validada, permite a adoção imediata de medidas preventivas. A avaliação de risco deve contemplar os seguintes fatores:

- a) mobilidade;
- b) incontinência;
- c) déficit sensitivo e;
- d) estado nutricional (incluindo desidratação).

Obs: Em nossa instituição é utilizado a escala de Braden no impresso "histórico de enfermagem" para obtenção do escore relacionado ao risco de úlcera por pressão no paciente.

7.2- ETAPA 2:

7.2.1- Reavaliação diária de risco de desenvolvimento de LPP de todos os pacientes internados:

A complexidade e a gravidade dos pacientes internados resultam na necessidade de reavaliação diária do potencial e do risco de desenvolvimento de LPP. A reavaliação diária permite aos profissionais de saúde ajustar sua estratégia de prevenção conforme as

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Nome: Marina Nogueira Ottoboni D. Silva	Nome: Laís Zanchettin Mafalon	Nome: Nelsimare Ferrari
Função: Coordenadora de enfermagem	Função: Coordenadora de Unidades	Função: Gerente Operacional
Assinatura:	Assinatura:	Assinatura:
Data:	Data: 18/08/2017	Data:



Irmãdade da Santa Casa de Misericórdia de Pirassununga

Macro Processo/Seção: Técnica	Sub-processo/ Sub – seção ou Unidade Funcional: Consultoria Gestão	Sub - Seção/área ou Unidade Operacional: Setor de Acreditação
Tipo: FR		
Título: PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO		
Data criação: 20/08/2015	Versão:2	Código: FR TG Acreditação
Fase: aprovado	Data Revisão	

necessidades do paciente. O grau de risco, conforme especificado em várias ferramentas, permite que os profissionais implantem estratégias individualizadas para os pacientes.

7.2.2- Procedimento Operacional da Avaliação e Reavaliação de Risco (Etapas 1 e 2)

Todo paciente deverá ser avaliado sistematicamente na admissão. Essa avaliação deve levar em consideração as fragilidades, vulnerabilidades e fatores de risco para o desenvolvimento de alterações de pele. Devem ser utilizadas escalas preditivas, com elevado grau de confiabilidade e especificidade.

As escalas preditivas são, entretanto, um parâmetro que deve ser utilizado em associação à avaliação clínica do enfermeiro. Assim, qualquer que seja o escore alcançado na escala, à avaliação clínica deverá ser soberana perante a existência de fatores de risco para LPP e de comorbidades inerentes ao desenvolvimento desta lesão cutânea. Um plano de cuidados específicos para prevenção de alterações cutâneas, portanto, deve ser implementado.

A avaliação e a prescrição de cuidados com a pele é uma atribuição do enfermeiro, sendo que a participação da equipe multiprofissional na prevenção das alterações é fundamental na contribuição para a prescrição e no planejamento dos cuidados com o paciente em risco.

Poderão ser necessários ajustes nutricionais, intervenções para auxiliar a mobilização ou mobilidade dos pacientes, entre outras medidas.

OBS: As medidas preventivas para LPP descritas a seguir devem ser instituídas pelo enfermeiro após a identificação dos fatores preditivos para o risco por meio de cuidados essenciais com a pele para a manutenção da integridade cutânea.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Nome: Marina Nogueira Ottoboni D. Silva	Nome: Lais Zanchettin Marfisi	Nome: Nelsimare Ferrari
Função: Coordenadora de enfermagem	Função: Coordenadora de Unidades	Função: Gerente Operacional
Assinatura:	Assinatura:	Assinatura:
Data:	Data: 18/08/2017	Data:

Macro Processo/Seção: Técnica	Sub- processo/ Sub – seção ou Unidade Funcional: Consultoria Gestão	Sub - Seção/área ou Unidade Operacional: Setor de Acreditação
Tipo: FR		
Título: PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO		
Data criação: 20/08/2015	Versão: 2	Código: FR TG Acreditação
Fase: aprovado	Data Revisão	

7.3 - ETAPA 3:

7.3.1- Inspeção diária da pele:

Pacientes que apresentam risco de desenvolvimento de LPP, de acordo com etapas 1 e 2, necessitam de inspeção diária de toda a superfície cutânea, da cabeça aos pés. Estes pacientes, em geral hospitalizados, podem apresentar deterioração da integridade da pele em questão de horas. Em virtude da rápida mudança de fatores de risco em pacientes agudamente enfermos, a inspeção diária da pele é fundamental. Deve ser dada atenção especial a áreas de alto risco para desenvolvimento de LPP.

A identificação das lesões da pele, como úlcera por pressão, deve ser feita de acordo com a definição e classificação internacional.

7.3.2- Procedimento operacional da inspeção da pele (Etapa 3).

Durante a admissão ou a readmissão, examine a pele do paciente cuidadosamente para identificar alterações da integridade cutânea e úlceras por pressão existentes. Para uma apropriada inspeção da pele, deve-se ter especial atenção às áreas corporais de maior risco para LPP, como as regiões anatômicas sacral, calcâneo, ísquio, trocanter, occipital, escapular, maleolar e regiões corporais submetidas à pressão por dispositivos como a presença de cateteres, tubos e drenos 9.

A realização de diagnóstico diferencial para a distinção entre os tipos de lesões (úlcera por pressão, úlcera arterial, úlcera venosa, úlcera neuropática e dermatites) melhora o tratamento e gerenciamento do cuidado 9. A inspeção da pele deve ocorrer em intervalos pré-definidos, cuja periodicidade é proporcional ao risco identificado. É necessário o registro apropriado e pontual das alterações encontradas.

7.4- ETAPA 4

7.4.1- Manejo da Umidade: manutenção do paciente seco e com a pele hidratada

Pele úmida é mais vulnerável, propícia ao desenvolvimento de lesões cutâneas, e tende a se romper mais facilmente. A pele deve ser limpa, sempre que apresentar sujidade e

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Nome: Marina Nogueira Ottoboni D. Silva	Nome: Laís Zanchettin Marafon	Nome: Neilsimare Ferrari
Função: Coordenadora de	Função: Coordenadora de Unidades	Função: Gerente Operacional
Assinatura:	Assinatura:	Assinatura:
Data:	Data: 18/08/2017	Data:



Irmãdade da Santa Casa de Misericórdia de Pirassununga

Macro Processo/Seção: Técnica	Sub-processo/ Sub – seção ou Unidade Funcional: Consultoria Gestão	Sub - Seção/área ou Unidade Operacional: Setor de Acreditação
Tipo: FR		
Título: PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO		
Data criação: 20/08/2015	Versão:2	Código: FR TG Acreditação
Fase: aprovado	Data Revisão	

em intervalos regulares. O processo de limpeza deve incluir a utilização cuidadosa de um agente de limpeza suave que minimize a irritação e a secura da pele.

Deve-se tomar cuidado para minimizar a exposição cutânea à umidade decorrente de incontinência, transpiração ou exsudato de feridas. Quando estas fontes de umidade não puderem ser controladas, a utilização de fraldas e absorventes é recomendada, com o objetivo de minimizar o contato da pele com a umidade. Agentes tópicos que atuam como barreiras contra a umidade e hidratam a pele também podem ser utilizados.

O tratamento da pele ressecada com hidratantes tem se mostrado especialmente efetivo na prevenção de LPP.

7.4.2- Procedimento Operacional das medidas preventivas para higiene, hidratação e manejo da umidade da pele (Etapa 4).

a) Higienização e Hidratação da pele

☐ Limpe a pele sempre que estiver suja ou sempre que necessário. É recomendada a utilização de água morna e sabão neutro para reduzir a irritação e o ressecamento da pele.

☐ Use hidratantes na pele seca e em áreas ressecadas, principalmente após banho, pelo menos 1 vez ao dia . A pele seca parece ser um fator de risco importante e independente no desenvolvimento de úlceras por pressão.

☐ Durante a hidratação da pele, não massagear áreas de proeminências ósseas ou áreas hiperemiadas. A aplicação de hidratante deve ser realizada com movimentos suaves e circulares.

☐ A massagem está contra indicada na presença de inflamação aguda e onde existe a possibilidade de haver vasos sanguíneos danificados ou pele frágil. A massagem não deverá ser recomendada como uma estratégia de prevenção de úlceras por pressão.

b) Manejo da umidade

☐ Proteger a pele da exposição à umidade excessiva através do uso de produtos de barreira, de forma a reduzir o risco de lesão por pressão. As propriedades mecânicas do

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Nome: Marina Nogueira Ottoboni D. Silva	Nome: Laís Zanchettin Marafon	Nome: Nelsimare Ferrari
Função: Coordenadora	Função: Coordenadora de Unidades	Função: Gerente Operacional
Assinatura:	Assinatura:	Assinatura:
Data:	Data: 18/08/2017	Data:

Macro Processo/Seção: Técnica	Sub-processo/ Sub – seção ou Unidade Funcional: Consultoria Gestão	Sub - Seção/área ou Unidade Operacional: Setor de Acreditação
Tipo: FR		
Título: PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO		
Data criação: 20/08/2015	Versão:2	Código: FR TG Acreditação
Fase: aprovado	Data Revisão	

estrato córneo são alteradas pela presença de umidade, assim como a sua função de regulação da temperatura.

- ☐ Controlar a umidade através da determinação da causa. Usar absorventes ou fraldas.
- ☐ Quando possível, oferecer um aparador (comadre ou papagaio) nos horários de mudança de decúbito.

Observação: Além da incontinência urinária e fecal, a equipe de enfermagem deve ter atenção a outras fontes de umidade, como extravasamento de drenos sobre a pele, exsudato de feridas, suor e extravasamento de linfa em pacientes com anasarca que são potencialmente irritantes para a pele.

7.5- ETAPA 5

7.5.1- Otimização da nutrição e da hidratação

A avaliação de pacientes com possível risco de desenvolvimento de LPP deve incluir a revisão de fatores nutricionais e de hidratação. Pacientes com déficit nutricional ou desidratação podem apresentar perda de massa muscular e de peso, tornando os ossos mais salientes e a deambulação mais difícil.

Edema e menor fluxo sanguíneo cutâneo geralmente acompanham os déficits nutricionais e hídricos, resultando em lesões isquêmicas que contribuem para as lesões na pele.

Pacientes mal nutridos podem apresentar uma probabilidade duas vezes maior de lesões cutâneas. Líquidos, proteínas e ingesta calórica são importantes aspectos para a manutenção de um estado nutricional adequada. Suplementos nutricionais podem ser necessários caso a ingesta não seja suficiente.

É recomendado que nutricionistas sejam consultados nos casos de pacientes com desnutrição a fim de avaliar e propor intervenções mais apropriadas.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Nome: Marina Nogueira Ottoboni Silva	Nome: Laís Zanchettin Marafon	Nome: Nelsimare Ferrari
Função: Coordenadora de Gerenciamento	Função: Coordenadora de Unidades	Função: Gerente Operacional
Assinatura:	Assinatura:	Assinatura:
Data:	Data: 18/08/2017	Data:

Macro Processo/Seção: Técnica	Sub- processo/ Sub – seção ou Unidade Funcional: Consultoria Gestão	Sub - Seção/área ou Unidade Operacional: Setor de Acreditação
Tipo: FR		
Título: PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO		
Data criação: 20/08/2015	Versão:2	Código: FR TG Acreditação
Fase: aprovado	Data Revisão	

7.5.2- Procedimento operacional para Nutrição (Etapa 5)

a) Notificar todos os indivíduos em risco nutricional ou em risco para úlcera por pressão ao nutricionista a fim de instituir as medidas nutricionais específicas (avaliar a necessidade calórica, vitamínica, minerais e demais nutrientes) para a prevenção de LPP.

b) Avaliar e comunicar o nutricionista e a equipe médica sobre a presença de sinais clínicos de desnutrição ou que podem predispor alterações no estado nutricional: edema, perda de peso, disfagia, inapetência, desidratação, entre outros. Na vigência de baixa aceitação alimentar (inferior a 60% das necessidades nutricionais num período de cinco a sete dias), discutir com a equipe a possibilidade de sondagem⁶.

c) Avaliar junto ao nutricionista e à equipe médica a necessidade de oferecer suplementos nutricionais, com alto teor proteico, além da dieta habitual, a indivíduos em risco nutricional e de úlcera por pressão.

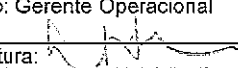
d) O nutricionista deverá avaliar a necessidade de instituir as medidas específicas nutricionais para a prevenção de LPP.

7.6- ETAPA 6

7.6.1- Minimizar a pressão

A redistribuição da pressão, especialmente sobre as proeminências ósseas, é a preocupação principal. Pacientes com mobilidade limitada apresentam risco maior de desenvolvimento de LPP. Todos os esforços devem ser feitos para redistribuir a pressão sobre a pele, seja pelo reposicionamento a cada 02 (duas) horas ou pela utilização de superfícies de redistribuição de pressão.

O objetivo do reposicionamento a cada 2 horas é redistribuir a pressão e, conseqüentemente, manter a circulação nas áreas do corpo com risco de desenvolvimento de LPP. A literatura não sugere a frequência com que se deve reposicionar o paciente, mas duas horas em uma única posição é o máximo de tempo recomendado para pacientes com capacidade circulatória normal.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Nome: Marina Nogueira Ottoboni D/Silva	Nome: Laís Zanchettin Marafon	Nome: Nelsimare Ferrari
Função: Coordenadora de Enfermagem	Função: Coordenadora de Unidades	Função: Gerente Operacional
Assinatura: 	Assinatura: 	Assinatura: 
Data:	Data: 18/08/2017	Data:

Macro Processo/Seção: Técnica	Sub-processo/ Sub – seção ou Unidade Funcional: Consultoria Gestão	Sub - Seção/área ou Unidade Operacional: Setor de Acreditação
Tipo: FR		
Título: PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO		
Data criação: 20/08/2015	Versão:2	Código: FR TG Acreditação
Fase: aprovado	Data Revisão	

O reposicionamento de pacientes de risco alterna ou alivia a pressão sobre áreas suscetíveis, reduzindo o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão. Travesseiros e coxins são materiais facilmente disponíveis e que podem ser utilizados para auxiliar a redistribuição da pressão. Quando utilizados de forma apropriada, podem expandir a superfície que suporta o peso. Geralmente a pele de pacientes com risco para LPP rompe-se facilmente durante o reposicionamento, portanto, deve-se tomar cuidado com a fricção durante este procedimento.

Superfícies de apoio específicas (como colchões, camas e almofadas) redistribuem a pressão que o corpo do paciente exerce sobre a pele e os tecidos subcutâneos. Se a mobilidade do paciente está comprometida e a pressão nesta interface não é redistribuída, a pressão pode prejudicar a circulação, levando ao surgimento da úlcera.

Pacientes cirúrgicos submetidos à anestesia por período prolongado geralmente apresentam risco aumentado de desenvolvimento de LPP, portanto, todos estes pacientes (no momento pré, intra e pós-operatório) devem receber avaliação de risco da pele.

Os profissionais de saúde devem implantar estratégias de prevenção, como garantir o reposicionamento do paciente e sua colocação em superfícies de redistribuição de pressão, para todos aqueles com risco identificado.

7.6.2- Procedimento Operacional para Minimizar a Pressão (Etapa 6).

a) Mudança de decúbito ou reposicionamento

- A mudança de decúbito deve ser executada para reduzir a duração e a magnitude da pressão exercida sobre áreas vulneráveis do corpo.
- A frequência da mudança de decúbito será influenciada por variáveis relacionadas ao indivíduo (tolerância tecidual, nível de atividade e mobilidade, condição clínica global, objetivo do tratamento, condição individual da pele, dor e pelas superfícies de redistribuição de pressão em uso.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Nome: Marina Nogueira Otto D. Silva	Nome: Laís Zanchettin Marafon	Nome: Nelsimare Ferrari
Função: Coordenadora de Enfermagem	Função: Coordenadora de Unidades	Função: Gerente Operacional
Assinatura:	Assinatura:	Assinatura:
Data:	Data: 18/08/2017	Data:

Macro Processo/Seção: Técnica	Sub- processo/ Sub – seção ou Unidade Funcional: Consultoria Gestão	Sub - Seção/área ou Unidade Operacional: Setor de Acreditação
Tipo: FR		
Título: PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO		
Data criação: 20/08/2015	Versão:2	Código: FR TG Acreditação
Fase: aprovado	Data Revisão	

- III. Avaliar a pele e o conforto individuais. Se o indivíduo não responde ao regime de posicionamentos conforme o esperado, reconsiderar a frequência e método dos posicionamentos.
- IV. A mudança de decúbito mantém o conforto, a dignidade e a capacitação funcional do indivíduo (nível de evidência C).
- V. Reposicionar o paciente de tal forma que a pressão seja aliviada ou redistribuída. Evitar sujeitar a pele à pressão ou forças de torção (cisalhamento). Evitar posicionar o paciente diretamente sobre sondas, drenos e sobre proeminências ósseas com hiperemia não reativa. O rubor indica que o organismo ainda não se recuperou da carga anterior e exige um intervalo maior entre cargas repetidas (nível de evidência C).
- VI. O reposicionamento deve ser feito usando 30° na posição de semi-Fowler e uma inclinação de 30° para posições laterais (alternadamente lado direito, dorsal e lado esquerdo), se o paciente tolerar estas posições e a sua condição clínica permitir. Evitar posturas que aumentem a pressão, tais como o Fowler acima dos 30°, a posição de deitado de lado a 90°, ou a posição de semi-deitado.
- VII. Se o paciente estiver sentado na cama, evitar elevar a cabeceira em ângulo superior a 30°, evitando a centralização e o aumento da pressão no sacro e no cóccix (nível de evidência C).
- VIII. Quando sentado, se os pés do paciente não chegam ao chão, coloque-os sobre um banquinho ou apoio para os pés, o que impede que o paciente deslize para fora da cadeira. A altura do apoio para os pés deve ser escolhida de forma a fletir ligeiramente a bacia para frente, posicionando as coxas numa inclinação ligeiramente inferior à posição horizontal.
- IX. Deve-se restringir o tempo que o indivíduo passa sentado na cadeira sem alívio de pressão. Quando um indivíduo está sentado numa cadeira, o peso do corpo faz com que as tuberosidades isquiáticas fiquem sujeitas a um aumento de pressão. Quanto menor a

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Nome: Marina Nogueira Ottoboni Da Silva	Nome: Lais Zanchettin Marafon	Nome: Nelsimare Ferrari
Função: Coordenadora de enfermagem	Função: Coordenadora de Unidades	Função: Gerente Operacional
Assinatura:	Assinatura:	Assinatura:
Data: 18/08/2017	Data: 18/08/2017	Data:



Irmãdade da Santa Casa de Misericórdia de Pirassununga

Macro Processo/Seção: Técnica	Sub- processo/ Sub – seção ou Unidade Funcional: Consultoria Gestão	Sub - Seção/área ou Unidade Operacional: Setor de Acreditação
Tipo: FR		
Título: PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO		
Data criação: 20/08/2015	Versão:2	Código: FR TG Acreditação
Fase: aprovado	Data Revisão	

área, maior a pressão que ela recebe. Consequentemente, sem alívio da pressão, a LPP surgirá muito rapidamente.

b) Medidas preventivas para fricção e cisalhamento

- I. ELEVAR a cabeceira da cama até no máximo 30° e evitar pressão direta nos trocanteres quando em posição lateral, limitando o tempo de cabeceira elevada, pois o corpo do paciente tende a escorregar, ocasionando fricção e cisalhamento.
- II. A equipe de enfermagem deve usar forro móvel ou dispositivo mecânico de elevação para mover pacientes acamados durante transferência e mudança de decúbito. Sua utilização deve ser adequada para evitar o risco de fricção ou forças de cisalhamento. Deve-se verificar se nada foi esquecido sob o corpo do paciente, para evitar dano tecidual.
- III. Utilizar quadro de avisos próximo ao leito para estimular o paciente a movimentar-se na cama, quando necessário.
- IV. Avaliar a necessidade do uso de materiais de curativos para proteger proeminências ósseas, a fim de evitar o desenvolvimento de úlcera por pressão por fricção.

Observação: Apesar da evidência de redução de cisalhamento no posicionamento da cabeceira até 30°, para os pacientes em ventilação mecânica e traqueostomizados com ventilação não invasiva, é recomendado decúbito acima de 30° para a prevenção de Pneumonia Associada à Ventilação – PAV.

c) Materiais e equipamentos para redistribuição de pressão

I. Uso de colchões e camas na prevenção de LPP:

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Nome: Marina Nogueira Ottoboni D. Silva	Nome: Laís Zanchettin Marafon	Nome: Nelsimare Ferrari
Função: Coordenadora de Enfermagem	Função: Coordenadora de Unidades	Função: Gerente Operacional
Assinatura:	Assinatura:	Assinatura:
Data:	Data: 18/08/2017	Data:



Irmãdade da Santa Casa de Misericórdia de Pirassununga

Macro Processo/Seção: Técnica	Sub- processo/ Sub – seção ou Unidade Funcional: Consultoria Gestão	Sub - Seção/área ou Unidade Operacional: Setor de Acreditação
Tipo: FR		
Título: PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO		
Data criação: 20/08/2015	Versão:2	Código: FR TG Acreditação
Fase: aprovado	Data Revisão	

- ☐ Utilizar colchões de espuma altamente específica em vez de colchões hospitalares padrão, em todos os indivíduos de risco para desenvolver LPP.
- ☐ A seleção de uma superfície de apoio adequada deve levar em consideração fatores como o nível individual de mobilidade na cama, o conforto, a necessidade de controle do microclima, bem como o local e as circunstâncias da prestação de cuidados.
- ☐ Todos os pacientes classificados como “em risco” deverão estar sob uma superfície de redistribuição de pressão.
- ☐ Não utilizar colchões ou sobreposições de colchões de células pequenas de alternância de pressão com o diâmetro inferior a 10 cm.
- ☐ Use uma superfície de apoio ativo (sobreposição ou colchão) para os pacientes com maior risco de desenvolvimento de úlceras por pressão, 12 quando o reposicionamento manual frequente não é possível.
- ☐ Sobreposições ativas de alternância de pressão e colchões de redistribuição de pressão têm uma eficácia semelhante em termos de incidência de úlceras por pressão.

II. Uso de superfícies de apoio para a prevenção de úlcera por pressão nos calcâneos:

- ☐ Os calcâneos devem ser mantidos afastados da superfície da cama (livres de pressão).
- ☐ Os dispositivos de prevenção de LPP nos calcâneos devem elevá-los de tal forma que o peso da perna seja distribuído ao longo da sua parte posterior, sem colocar pressão sobre o tendão de Aquiles. O joelho deve ter ligeira flexão.
- ☐ Utilizar uma almofada ou travesseiro abaixo das pernas (região dos gêmeos) para elevar os calcâneos e mantê-los flutuantes.

Elaborado por: Nome: Marina Nogueira Ottoboni da Silva	Revisado por: Nome: Laís Zanchettin Marafon	Aprovado por: Nome: Nelsimare Ferrari
Função: Coordenadora de enfermagem	Função: Coordenadora de Unidades	Função: Gerente Operacional
Assinatura:	Assinatura:	Assinatura:
Data: 18/08/2017	Data: 18/08/2017	Data: 18/08/2017



Irmãdade da Santa Casa de Misericórdia de Pirassununga

Macro Processo/Seção: Técnica	Sub- processo/ Sub – seção ou Unidade Funcional: Consultoria Gestão	Sub - Seção/área ou Unidade Operacional: Setor de Acreditação
Tipo: FR		
Título: PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO		
Data criação: 20/08/2015	Versão:2	Código: FR TG Acreditação
Fase: aprovado	Data Revisão	

III. Uso de superfície de apoio para prevenir úlceras por pressão na posição sentada:

- ☐ Utilizar um assento de redistribuição de pressão para os pacientes com mobilidade reduzida e que apresentam risco de desenvolvimento de úlceras por pressão quando estes estiverem sentados em uma cadeira almofadas de ar e espuma redistribuem melhor a pressão, já as almofadas de gel e de pele de carneiro causam maior pressão.

7.7- Medidas preventivas para úlcera por pressão conforme classificação de risco

Os fatores de risco identificados na fase de avaliação fornecem informações para o desenvolvimento do plano de cuidados. Segue as recomendações das medidas preventivas conforme a classificação do risco:

7.7.1. Risco baixo (15 a 18 pontos na escala de Braden).

- ☐ Cronograma de mudança de decúbito;
- ☐ Otimização da mobilização;
- ☐ Proteção do calcanhar;
- ☐ Manejo da umidade, nutrição, fricção e cisalhamento, bem como uso de superfícies de redistribuição de pressão.

7.7.2. Risco moderado (13 a 14 pontos na escala de Braden).

- ☐ Continuar as intervenções do risco baixo;
- ☐ Mudança de decúbito com posicionamento a 30°.

7.7.3. Risco alto (10 a 12 pontos na escala de Braden).

- ☐ Continuar as intervenções do risco moderado;
- ☐ Mudança de decúbito frequente;
- ☐ Utilização de coxins de espuma para facilitar a lateralização a 30°.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Nome: Marina Nogueira Otto Bonfatti Silva	Nome: Laís Zanchettin Marafon	Nome: Nelsimare Ferrari
Função: Coordenadora de Enfermagem	Função: Coordenadora de Unidades	Função: Gerente Operacional
Assinatura:	Assinatura:	Assinatura:
Data:	Data: 18/08/2017	Data:



Irmãdade da Santa Casa de Misericórdia de Pirassununga

Macro Processo/Seção: Técnica	Sub- processo/ Sub – seção ou Unidade Funcional: Consultoria Gestão	Sub - Seção/área ou Unidade Operacional: Setor de Acreditação
Tipo: FR		
Título: PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO		
Data criação: 20/08/2015	Versão:2	Código: FR TG Acreditação
Fase: aprovado	Data Revisão	

7.7.4. Risco muito alto (≤ 9 pontos na escala de Braden).

- ☐ Continuar as intervenções do risco alto;
- ☐ Utilização de superfícies de apoio dinâmico com pequena perda de ar, se possível;
- ☐ Manejo da dor.

8. Estratégias de monitoramento e indicadores

Utilizar instrumento de notificação de úlcera por pressão, avaliação de suas causas e geração de informações para produção de indicadores para monitorar o desempenho através da análise das informações, realizando feedback dos resultados para os profissionais e adoção de ações de melhoria, se necessário.

Sugerem-se 3 indicadores de processo e um indicador de resultado para a prevenção da UPP:

8.1. Percentual (%) de pacientes submetidos a avaliação de risco para UPP na admissão 5.

8.2. Percentual (%) de pacientes de risco recebendo cuidado preventivo apropriado para UPP5.

8.3. Percentual (%) de pacientes recebendo avaliação diária para risco de UPP5.

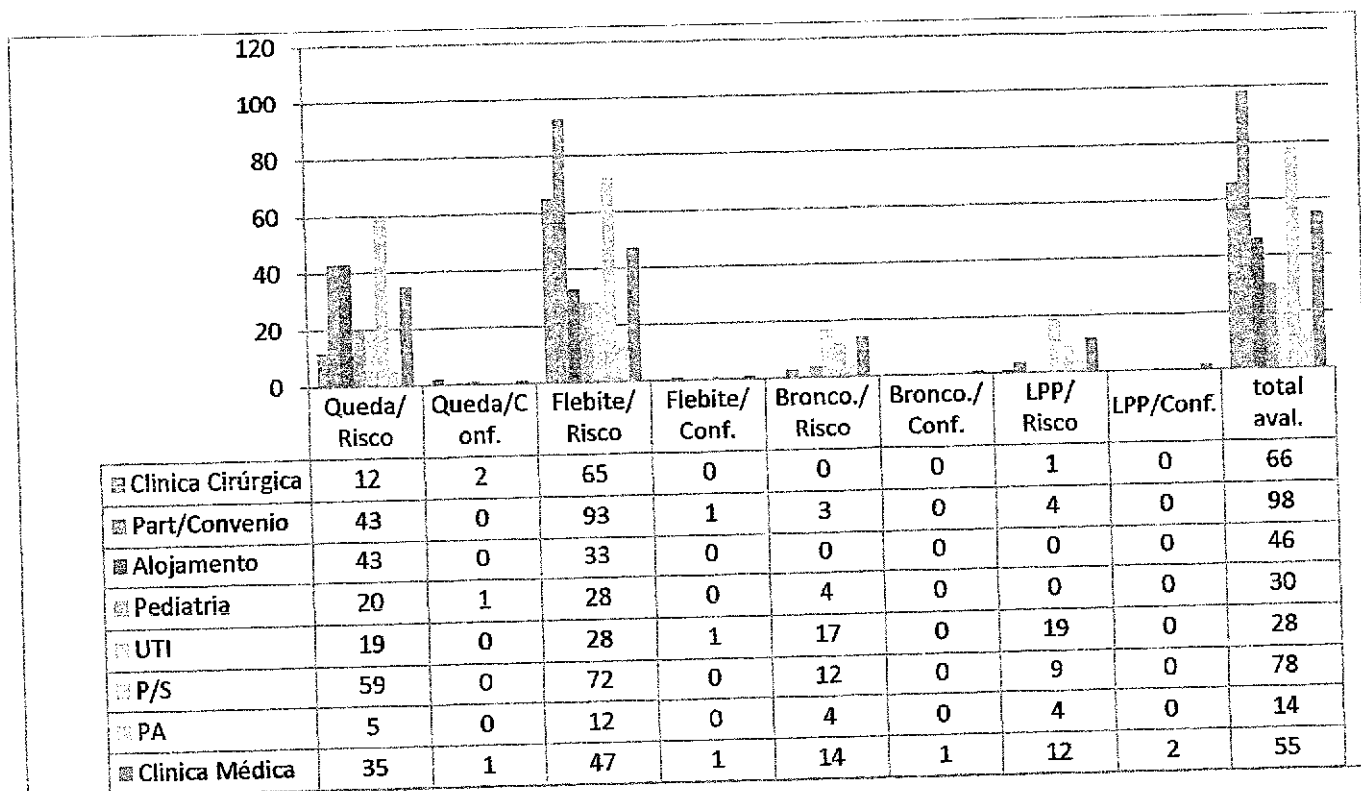
8.4. Incidência de LPP.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Nome: Marina Nogueira Ottoboni D. Silva	Nome: Laís Zanchettin Marafon	Nome: Nelsimare Ferrari
Função: Coordenadora de enfermagem	Função: Coordenadora de Unidades	Função: Gerente Operacional
Assinatura:	Assinatura:	Assinatura:
Data:	Data: 18/08/2017	Data:

COREN/SP 331.347

TABULAÇÃO DOS RISCOS OBSERVADOS

JUNHO 2018



Geral
Queda/ Risco- 236
Queda/ Confirmado- 4
Flebite/ Risco- 378
Flebite/ Confirmado- 3
Bronco./ Risco- 54
Bronco./ Confirmado- 1
LPP/ Risco- 49
LPP/ Confirmado- 2
Total avaliado- 717

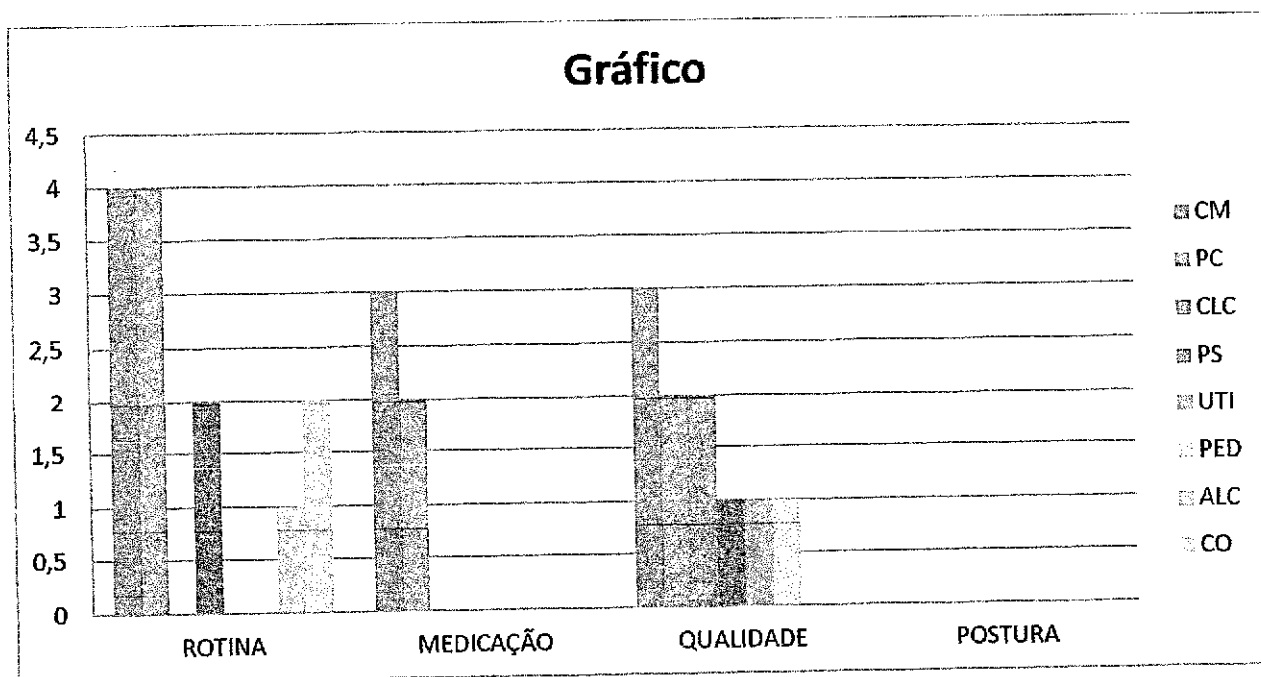
Mayara C. G. de Oliveira
Enfermeira
Coren 445.305

Total de Notificações de Ocorrências – JUNHO 2018.

Não Conformidades	Total
Rotina	13
Medicação	6
Qualidade	10
Postura	0

Total: 29

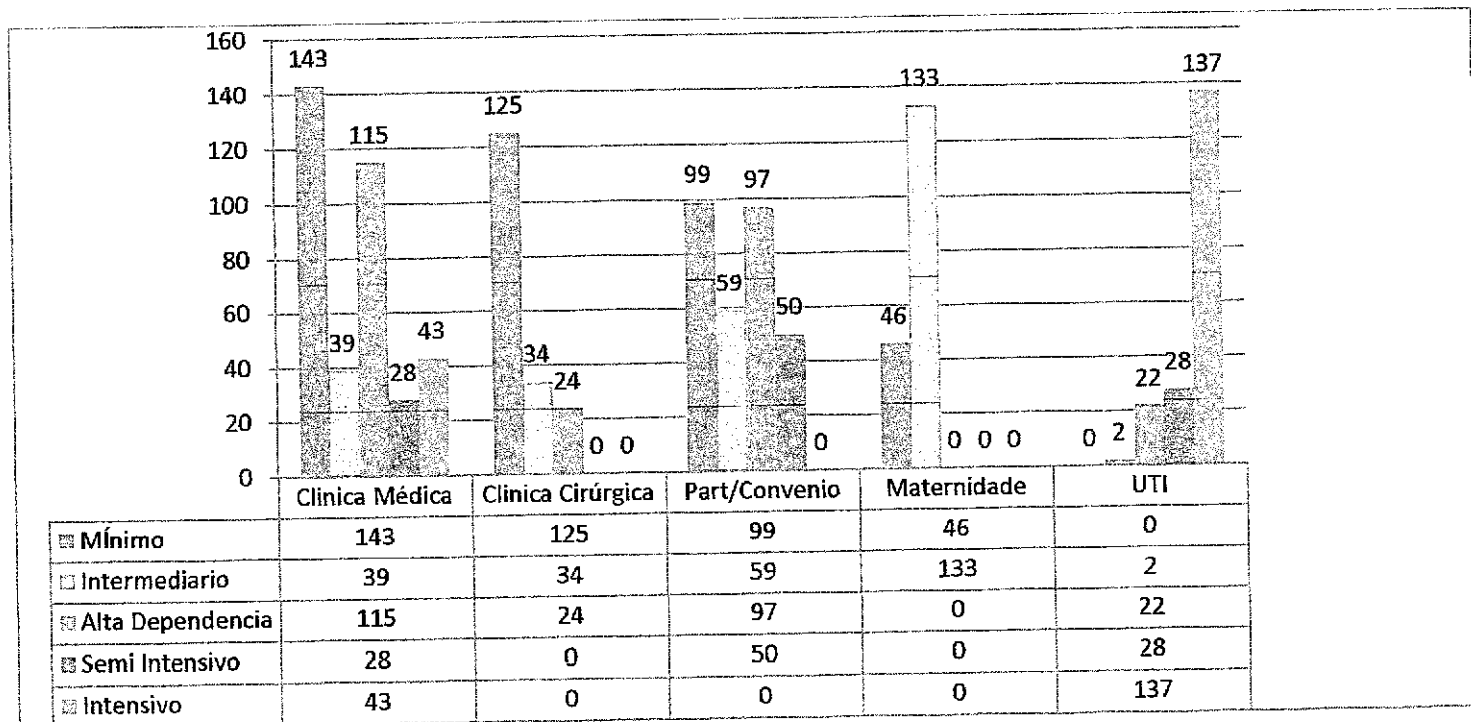
OBS: Em todas as notificações de ocorrência foram tomadas medidas de correção e ou medidas para evitar novamente o problema.



Mayara Oliveira
 Enfermeira
 Coren 445.305

Classificação da complexidade Assistencial – FUGULIN

JUNHO 2018



Geral
Mínimo – 413
Intermediário – 267
Alta Dependência – 258
Semi Intensivo – 106
Intensivo – 180
Total = 1.637

Mayara C. G. de Oliveira
Enfermeira
Coren 445.305

[illegible]



TABELA DE CONFIRMAÇÃO DOS RISCOS LEVANTADO A CADA CLIENTE (CLC)
MÊS: JULHO 2018

	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15
72.1													MRLP SIA	CAR SIA	CAR SIA
72.2															
73.1						ELC SIA	ELC SIA	ELC SIA	ELC SIA	ELC SIA	ELC SIA	ELC SIA	ELC SIA	ELC SIA	ELC SIA
73.2															
74.1			ADFA SIA		RFO SIA					CCP SIA	CCP SIA	VLF SIA	VLF SIA		
74.2	MCS SIA		LKR SIA			MGB SIA	MGB SIA			SFC SIA	SFC SIA		MGB SIA		ASG SIA
74.3	CLC SIA	CLC SIA	CLC SIA							ESN SIA	ESN SIA		CLA SIA	CLA SIA	CLA SIA
74.4	EZZP SIA		MAO SIA	MAO SIA						ML SIA	ML SIA		MAO SIA	MAO SIA	MAO SIA
75.1					BCG SIA	BCG SIA	BCG SIA				STM SIA	RMM SIA	RMM SIA		RMM SIA
75.2															
76.1	MF SIA	MF SIA	MF SIA		ON SIA	ON SIA	ON SIA		JBS SIA	JBS SIA	JBS SIA	JBS SIA	SAG SIA	JBS SIA	JBS SIA
76.2	MRLP SIA			WAS SIA	WAS SIA						EMM SIA	EMM SIA	EMM SIA		
76.3		ETAS SIA	ETAS SIA								PHOP SIA	PHOP SIA	PHOP SIA		
76.4		JCP SIA	JCP SIA										GPI SIA		

Amorandina

Militer

Amorandina

Militer

Amorandina

Militer

Amorandina

Amorandina

Militer

Amorandina

Amorandina

Militer

Amorandina

Militer

Amorandina

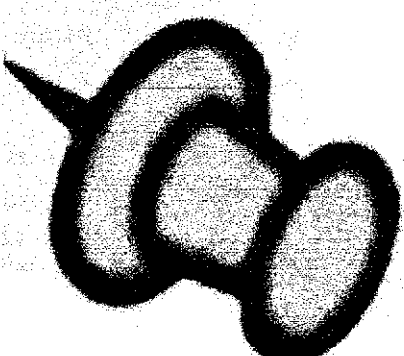
PLANILHA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Setor: **CLC**

mês: **Julho**

Nome do paciente	Data da internação	Risco queda	Risco alergia	Risco flebite	Risco bronco.	Risco LPP	Enfermeiro (assinatura)
Matheus R. de Jesus	01-07-18	—	—	X	—	—	Michelle
João Carlos Pereira	02/07/18			X			Michelle
Ernesto A. de Santos	02/07/18		X	X			Michelle
Sergio E. G. Gomes	02/07/18			X			Michelle
Guilherme P. P. P. P.	03-07-18			X			Michelle
Adriano Kelly P. P.	03-07-18			X			Michelle
Regina C. P. D. P.	3-7-18			X			Michelle
Wagner A. P. P.	04/07/18		X	X			Michelle
Bruno C. S. Silva	05/07/18	—	X	X	—	—	Michelle
João Carlos P. P.	5-7-18	X		X			Michelle
Renata F. P. P.	05/7/18			X			Michelle
Manoel A. P. P.	06/07/18			X			Michelle
Elyzabeth L. P. P.	06/07/18			X			Michelle
João P. P. P.	09/07/18	X		X			Michelle
Claudia C. P. P.	10/07/18			X			Michelle
Marina de Lima	10/07/18		X	X			Michelle
Stefani F. C. P.	10/07/18			X			Michelle
~~Edna do S. N. N.~~	~~10/07/18~~			~~X~~			~~Michelle~~
Edna do S. N. N.	10/07/18		X	X			Michelle
Thalita T. P.	11-7-18	X	X	X			Michelle
Roberto O. P.	11-7-18		X	X			Michelle
ETUAE P. M. P.	11/7-18	RE (265)		X		X	Michelle
Cláudia F. P.	12/07/18	X	X	X			Michelle
Romina M. P.	12/07/18			X			Michelle
Carolina P. P.	12/07/18	X		X			Michelle
Regina M. P.	12/07/18			X			Michelle
Paulo D. C. P.	13-7-18			X			Michelle
Guilherme L. P.	13-7-18			X			Michelle
Regina C. P.	13-7-18			X			Michelle
Paulo T. P.	13-7-18			X			Michelle
Roberto R. P.	13-7-18			X			Michelle
Carla A. P.	13-07-18	X	—	X	—	—	Michelle
Alison J. P.	14/07/18	X	—	X			Michelle

Para Lembrar



São considerados *never events* no sistema NOTVISA:

Óbito ou lesão grave de paciente associados a choque elétrico durante a assistência dentro do serviço de saúde
Procedimento cirúrgico realizado em local errado
Procedimento cirúrgico realizado no lado errado do corpo
Procedimento cirúrgico realizado no paciente errado
Realização de cirurgia errada em um paciente
Retenção não intencional de corpo estranho em um paciente após a cirurgia
Óbito intra-operatório ou imediatamente pós-operatório / pós-procedimento em paciente ASA Classe I
Óbito ou lesão grave de paciente resultante de perda irreversível de amostra biológica insubstituível
Gás errado na administração de O ₂ ou gases medicinais
Contaminação na administração de O ₂ ou gases medicinais
Alta ou liberação de paciente de qualquer idade que seja incapaz de tomar decisões, para outra pessoa não autorizada
Óbito ou lesão grave de paciente associado à fuga do paciente

Suicídio de paciente, tentativa de suicídio ou dano autoinfligido que resulte em lesão seria durante a assistência dentro do serviço de saúde
Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de contenção física ou grades da cama durante a assistência dentro do serviço de saúde
Inseminação artificial com o espermatozoide do doador errado ou com o óvulo errado
Óbito ou lesão grave materna associado ao trabalho de parto ou parto em gestação de baixo risco
Óbito ou lesão grave de paciente resultante de falha no seguimento ou na comunicação de resultados de exame de radiologia
Óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador associado à introdução de objeto metálico em área de Ressonância Magnética
Óbito ou lesão grave de paciente associados à queimadura decorrente de qualquer fonte durante a assistência dentro do serviço de saúde
Úlcera por pressão estágio III (perda total de espessura tecidual – tecido adiposo subcutâneo) pode ser visível, sem exposição dos ossos, tendões ou músculos)
Úlcera por pressão estágio IV (perda total de espessura dos tecidos com exposição dos ossos, tendões ou músculos)

Fonte: ANVISA (NOTVISA 2.0)

O Núcleo de Segurança do Paciente deverá ser acionado imediatamente quando for identificado algum dos "never events" citados acima! Enfª Thulissa 98133-4898 / Dr. Francisco Monteiro 99116-8833



santa casa de misericórdia de pirassununga

Macro Processo/Seção:	Sub- processo/ Sub – seção ou Unidade Funcional:	Sub - Seção/área ou Unidade Operacional:
Tipo: IT Título: AVALIAÇÃO DAS FERIDAS E REALIZAÇÃO DE CURATIVOS		
Data da Criação: 14/06/2017	Data da Revisão: 14/06/2017	Próxima Revisão: 02 anos
Fase: minuta		Paginação: 1

1. OBJETIVO:

Sistematizar a avaliação de feridas e a realização dos curativos.

Curativo é um meio terapêutico que consiste na limpeza e aplicação de uma cobertura estéril em uma ferida, quando necessário, com o objetivo de proteger o tecido recém-formado da invasão microbiana, aliviar a dor, oferecer conforto para o paciente, manter o ambiente úmido, promover a rápida cicatrização e prevenir a contaminação ou infecção

2. CAMPO DE APLICAÇÃO:

Todas as unidades que realizem curativos.

3. REFERÊNCIA:

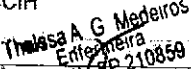
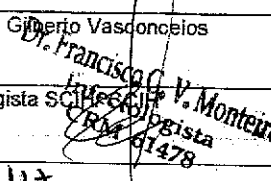
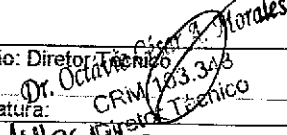
Manual Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária 2017.

4. TERMINOLOGIA, DEFINIÇÃO E SÍMBOLO:

Não se aplica.

5. DESCRIÇÃO:

PROFISSIONAL	PROCEDIMENTO	PASSO
Equipe de enfermagem e equipe médica	Avaliação das feridas e realização de curativos	Princípios para o curativo ideal: • Manter elevada umidade entre a ferida e o curativo; • Remover o excesso de exsudação;

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Nome: Thulssa Auxiliadora Gomes Medeiros	Nome: Francisco Gilberto Vasconcelos Monteiro	Nome: Octávio Cesar Antezana Moraes
Função: Enfermeira CCIH	Médico Infectologista SCIP	Função: Diretor Técnico
Assinatura: 	Assinatura: 	Assinatura: 
Data: 14/06/17	Data: 14/06/17	Data: 14/06/17



santa casa de misericórdia de pirassununga

Macro Processo/Seção:	Sub-processo/ Sub – seção ou Unidade Funcional:	Sub - Seção/área ou Unidade Operacional:
Tipo: IT		
Título: AVALIAÇÃO DAS FERIDAS E REALIZAÇÃO DE CURATIVOS		
Data da Criação: 14/06/2017	Data da Revisão: 14/06/2017	Próxima Revisão: 02 anos
Fase: minuta	Paginação: 2	

- Permitir a troca gasosa;
- Fornecer isolamento térmico;
- Ser impermeável a bactérias;
- Ser asséptico;
- Permitir a remoção sem traumas e dor.

Qualidade preconizada para um produto tópico eficaz para o tratamento de feridas:

- Facilidade na remoção;
- Conforto;
- Não exigir trocas frequentes;
- Manter o leito da ferida com umidade ideal e as áreas periféricas secas e protegidas;
- Facilidade de aplicação;
- Adaptabilidade (conformação às diversas partes do corpo).

Elaborado por: Nome: Thulssa Auxiliadora Gomes Medeiros Função: Enfermeira CCIM Assinatura: <i>Thulssa A. G. Medeiros</i> Data: 14/06/17 COREN-SP 210859	Revisado por: Nome: Francisco Gilberto Vasconcelos Monteiro Função: Médico Infectologista Assinatura: <i>Dr. Francisco G. V. Monteiro</i> Data: 14/06/17 CRM 61428	Aprovado por: Nome: Octávio Cesar Antezana Morales Função: Diretor Técnico Assinatura: <i>Dr. Octávio Cesar A. Morales</i> Data: 14/06/17 CRM 403348 Diretor Técnico
--	--	---



santa casa de misericórdia de pirassununga

Macro Processo/Seção:	Sub- processo/ Sub – seção ou Unidade Funcional:	Sub - Seção/área ou Unidade Operacional:
Tipo: IT		
Título: AVALIAÇÃO DAS FERIDAS E REALIZAÇÃO DE CURATIVOS		
Data da Criação: 14/06/2017	Data da Revisão: 14/06/2017	Próxima Revisão: 02 anos
Fase: minuta	Paginação: 3	

Tipos de Curativos:

A escolha do curativo depende do tipo de ferida, estágio de cicatrização e processo de cicatrização de cada paciente.

Os aspectos da ferida com relação à presença de inflamação, infecção, umidade e condições das bordas da ferida devem ser avaliados.

Morfologia:

- Local, número de lesões, dimensão, profundidade.
- Mensurar as dimensões (comprimento, largura e profundidade) das feridas crônicas com régua de papel descartável.

Grau de Contaminação:

- Limpa, contaminada ou

Elaborado por: Nome: Thaisa Auxiliadora Gomes Medeiros Função: Enfermeira CCIH Assinatura: <i>Thaisa A. G. Medeiros</i> Data: 14/06/17	Revisado por: Nome: Francisco Gilbeto Vasconcelos Monteiro Função: Médico Infectologista CCIH Assinatura: <i>Francisco G. V. Monteiro</i> Data: 14/06/17	Aprovado por: Nome: Octávio Cesar Antezana Moraes Função: Diretor Técnico Assinatura: <i>Octávio Moraes</i> Data: 14/06/17
---	---	---

Macro Processo/Seção:	Sub- processo/ Sub – seção ou Unidade Funcional:	Sub - Seção/área ou Unidade Operacional:
Tipos: IT	Título: AVALIAÇÃO DAS FERIDAS E REALIZAÇÃO DE CURATIVOS	
Data da Criação: 14/06/2017	Data da Revisão: 14/06/2017	Próxima Revisão: 02 anos
		Fase: minuta
		Paginação: 4

		infectada. • Avaliar quanto à presença e aspectos: odor (fétido ou característico), exsudato avaliar quanto à quantidade (pequeno, moderado ou abundante), as características (seroso, hemático, serohemático, purulento, seropurulento, fibrinoso) e coloração (esverdeado, esbranquiçado, amarelado, achocolatado, acastanhado). • Solicitar avaliação da CCIH em casos de feridas com suspeita de infecção para orientação da antibioticoterapia e coleta de amostras para cultura. Leito da Ferida • Fibrótico, necrótico, em granulação e epitelização. Mensurar espaços mortos.
--	--	---

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Nome: Thulssa Auxiliadora Gomes Medeiros	Nome: Francisco Gilberto Vasconcelos Monteiro	Nome: Octávio Cesar Antezana Morales
Função: Enfermeira CCIH	Médico Infectologista	Função: Diretor Técnico
Assinatura:	Assinatura:	Assinatura:
Data: 14/06/17	Data: 14/06/17	Data: 14/06/17

Macro Processo/Seção:	Sub- processo/ Sub – seção ou Unidade Funcional:	Sub - Seção/área ou Unidade Operacional:
Tipo: IT Título: AVALIAÇÃO DAS FERIDAS E REALIZAÇÃO DE CURATIVOS		
Data da Criação: 14/06/2017	Data da Revisão: 14/06/2017	Próxima Revisão: 02 anos
Fase: minuta	Paginação: 5	

		Em casos de necrose solicitar avaliação médica. Bordos da Ferida: • Maceração, contorno (regulares ou irregulares), retração, coloração. • Área periferida: íntegra, fragilizada, avermelhada, ressecada, papel de seda, descamativa, eczematosa. Limpeza da Ferida: • Utilizar Soro Fisiológico (SF) 0,9% morno em jato, frasco de 500 ml com ponteiros para irrigação. • Deve ser exaustiva até a retirada dos debris, crostas e do exsudato presente no leito da ferida.
--	--	--

Elaborado por: Nome: Thulissa Auxiliadora Gomes Medeiros Função: Enfermeira CCIH Assinatura: <i>Thulissa A. G. Medeiros</i> Data: 14/06/17	Revisado por: Nome: Francisco Gilberto Vasconcelos Monteiro Função: Médico Infectologista Assinatura: <i>Dr. Francisco G. V. Monteiro</i> Data: 14/06/17	Aprovado por: Nome: Octávio Cesar Antezana Moraes Função: Diretor Técnico Assinatura: <i>Dr. Octávio Cesar Antezana Moraes</i> Data: 14/06/17
---	---	--



santa casa de misericórdia de pirassununga

Macro Processo/Seção:	Sub-processo/ Sub – seção ou Unidade Funcional:	Sub - Seção/área ou Unidade Operacional:
Tipo: IT		
Título: AVALIAÇÃO DAS FERIDAS E REALIZAÇÃO DE CURATIVOS		
Data da Criação: 14/08/2017	Data da Revisão: 14/06/2017	Próxima Revisão: 02 anos
Fase: minuta		Paginação: 6

	Feridas com cicatrização por primeira intenção (bordos aproximados por sutura) • Recomenda-se permanecer com curativo estéril por 24 h a 48 h, exceto se houver drenagem da ferida ou indicação clínica; • O primeiro curativo cirúrgico deverá ser realizado pela equipe médica ou equipe de enfermagem; • Substituir o curativo antes das 24 h ou 48 h se molhar, soltar, sujar ou a critério médico; • Remover o curativo anterior com luvas de procedimento; • Realizar o curativo com toque suave de SF 0,9% em incisão cirúrgica; • Avaliar local da incisão, se não apresenta exsudato
--	---

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Nome: Thulissa Auxiliadora Gomes Medeiros	Nome: Francisco Gilberto Vasconcelos Monteiro	Nome: Octávio Cesar Antezana Moraes
Função: Enfermeira CCIH	Médico Infectologista	Função: Diretor Técnico
Assinatura:	Assinatura:	Assinatura:
Data: 14/06/17	Data: 14/06/17	Data: 14/06/17

Macro Processo/Seção:	Sub- processo/ Sub – seção ou Unidade Funcional:	Sub - Seção/área ou Unidade Operacional:
Tipo: IT Título: AVALIAÇÃO DAS FERIDAS E REALIZAÇÃO DE CURATIVOS		
Data da Criação: 14/06/2017	Data da Revisão: 14/06/2017	Próxima Revisão: 02 anos
Fase: minuta		Paginação: 7

		manter as incisões expostas até a remoção da sutura. Nestes casos recomenda-se higienizar as incisões com água e sabão comum durante o banho e secar o local com toalhas limpas e secas; • Registrar o procedimento e comunicar a equipe médica em casos de sangramento excessivo, deiscências e sinais flogísticos. Feridas com cicatrização por segunda e terceira intenção (bordos separados) • Feridas com tecido de granulação: utilizar coberturas que mantenham o meio úmido, como: hidropolímero, hidrogel, AGE, alginato de cálcio e rayon com petrolato;
--	--	---

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Nome: Thaisa Auxiliadora Gomes Medeiros	Nome: Francisco Gilberto Vasconcelos Monteiro	Nome: Octávio Cesar Antezana Moraes
Função: Enfermeira CCIH	Médico Infectologista CCIH	Função: Diretor Técnico
Assinatura:	Assinatura:	Assinatura:
Data: 14/06/17	Data: 14/06/17	Data: 14/06/17

Macro Processo/Seção:	Sub- processo/ Sub – seção ou Unidade Funcional:	Sub - Seção/área ou Unidade Operacional:
Tipo: IT Título: AVALIAÇÃO DAS FERIDAS E REALIZAÇÃO DE CURATIVOS		
Data da Criação: 14/08/2017	Data da Revisão: 14/06/2017	Próxima Revisão: 02 anos
Fase: minuta	Paginação: 8	

		• Feridas cavitárias: utilizar alginato de cálcio, carvão (cuidado com as proeminências ósseas), hidropolímero e hidrogel; • Feridas com hipergranulação: utilizar rayon com petrolato, bastão com nitrato de prata e curativos de silicone; • Feridas com fibrina viável (branca): utilizar coberturas que mantenham o meio úmido, como hidropolímero, hidrogel, AGE, alginato de cálcio, carvão ativado e rayon com petrolato. Remover apenas quando apresentar excessos; • Feridas com tecido necrótico: utilizar hidrogel ou colagenase. • Feridas infectadas: sugerir
--	--	--

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Nome: Thulssa Auxiliadora Gomes Medeiros	Nome: Francisco Gilberto Vasconcelos Monteiro	Nome: Octávio Cesar Antezana Morales
Função: Enfermeira CCIH	Médico Infectologista CCIH	Função: Diretor Técnico
Assinatura:	Assinatura:	Assinatura:
Data: 14/06/17	Data: 14/06/17	Data: 14/06/17

Macro Processo/Seção:	Sub- processo/ Sub – seção ou Unidade Funcional:	Sub - Seção/área ou Unidade Operacional:
Tipo: IT Título: AVALIAÇÃO DAS FERIDAS E REALIZAÇÃO DE CURATIVOS		
Data da Criação: 14/06/2017	Data da Revisão: 14/06/2017	Próxima Revisão: 02 anos
Fase: minuta		Paginação: 9

		avaliação da clínica médica e CCIH quanto à necessidade de identificação do microorganismo para terapêutica adequada. Utilizar carvão ativado, hidropolímero com prata e alginato com prata; • Feridas com tecido de epiteliação e bordas: proteger o frágil tecido neoformado com AGE ou rayon com petrolato. Conduta para a Realização de Curativo em Paciente com Fixador Externo Limpar os locais de inserção dos pinos com Soro Fisiológico 0,9% removendo crostas e sujidades. Após, realizar toque de álcool a
--	--	---

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Nome: Thaisa Auxiliadora Gomes Medeiros	Nome: Francisco Gliberto Vasconcelos Monteiro	Nome: Octávio Cesar Antezana Moraes
Função: Enfermeira CCIH	Médico Infectologista CCIH	Função: Diretor Técnico
Assinatura:	Assinatura:	Assinatura:
Data: 14/06/17	Data: 14/06/17	Data: 14/06/17

Thaisa A.G. Medeiros
Enfermeira
COREN/SP 210858

Dr. Francisco Gliberto Vasconcelos Monteiro
Médico Infectologista CCIH
CRM 103.348

Octávio Cesar A. Moraes
Diretor Técnico
CRM 103.348



santa casa de misericórdia de pirassununga

Macro Processo/Seção:	Sub-processo/ Sub – seção ou Unidade Funcional:	Sub - Seção/área ou Unidade Operacional:
Tipo: IT	Título: AVALIAÇÃO DAS FERIDAS E REALIZAÇÃO DE CURATIVOS	
Data da Criação: 14/06/2017	Data da Revisão: 14/06/2017	Próxima Revisão: 02 anos
Fase: minuta		Paginação:

		70%; primeiro na inserção dos pinos, depois na área periferida e por último, no fixador. Posteriormente, ocluir com gazes, acolchoado e atadura de crepom.
--	--	--

6 - CONTROLE DE REGISTROS:

Relatar no prontuário do paciente o procedimento realizado.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Nome: Thulissa Auxiliadora Gomes Medeiros	Nome: Francisco G. V. Monteiro	Nome: Octávio Cesar Antezana Morales
Função: Enfermeira CCIIH	Função: Médico Infectologista	Função: Diretor Técnico
Assinatura:	Assinatura:	Assinatura:
Data: 14/06/17	Data: 14/06/17	Data: 14/06/17